

Aorto-Renal Bypass Sonrası Gelişen Şiloperitoneum: Olgu Sunumu

Oktay Burma, Ali Rahman, Tuğrul Göncü, Erhan Ayan, Ahmet Çekirdekçi

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Elazığ

ÖZET

Abdominal aort cerrahisi sonrası gelişen şiloperitoneum çok ender görülen bir komplikasyon olup, genellikle retroperitoneal diseksiyon sırasında majör abdominal lenfatik kanalların yaralanması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Postoperatif drenaj veya paracentez sıvısının özellikle biyokimyasal analizi tanı koymak için yeterlidir. Tedavide, başarı şansı değişken çeşitli operatif ve non-operatif yöntemler söz konusudur. Önerilen tedavi, yüksek protein, düşük yağ ve orta zincirli trigliserid (MCT) desteğinde total parenteral nütrisyon (TPN) dur. Yanıt alınamayan olgularda peritoneo-venöz şant veya cerrahi eksplorasyona başvurulabilir. Bu yazıda renovasküler hipertansiyon nedeniyle aynı seansta uygulanan bilateral aorto-renal safen bypass sonucu gelişen ve konservatif olarak başarı ile tedavi edilen bir şiloperitoneum olgusu sunulmakta; bu komplikasyon etyoloji, tanı, tedavi alternatifleri ve sonuçları bakımından gözden geçirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şiloperitoneum, Abdominal Aort Cerrahisi, komplikasyonlar

SUMMARY

CHYLOPERITONEUM FOLLOWING AORTO-RENAL BYPASS SURGERY

Chylous ascites is an extremely rare complication of abdominal aortic surgery. It occurs due to injury of major abdominal lymphatics during extensive retroperitoneal dissection. The diagnosis is easily confirmed by paracentesis. Many different regimens has been used to treat chyloperitoneum after aortic surgery. This include repeated therapeutic paracentesis, dietary control (with a high protein, low fat, medium chain triglyceride $\hat{m}$ MCT- diet), total parenteral nutrition (TPN), diuretics, intravenous reinfusion of ascites, peritoneo-venous shunting, and surgical closure of the lymphatic fistulas. These treatments were tried either alone or in combination with other therapeutic modalities. Conservative treatment may necessitate the need for laparotomy and ligation of leaking lymphatics or peritoneo-venous shunting. In this report, a case with chylous ascites following of aorto-renal bypass surgery is presented.

Key Words: Chyloperitoneum, Abdominal Aortic Surgery, Postoperative Complication

Abdominal aortaya yönelik cerrahi girişimlerden sonra görülen şiloperitoneum, sisterna şili veya buna açılan major lenfatik kanallar ile peritoneal kavite arasında oluşan travmatik internal lenf fistülü olarak tanımlanır. Proksimal infrarenal veya aşırı juxtarenal diseksiyon sırasında lenfatiklerin zedelenmesi söz konusudur. Abdominal lenfatik sistemin karmaşık ve değişken anatomisi ve günümüzde uygulanan aortik cerrahi girişim sayısı gözönüne alınır-sa, bu komplikasyonun oldukça ender görülmesi dikkat çekicidir ($< \% 1$) (1). Literatürde doğrudan abdominal aort cerrahisi ile ilişkili rapor edilmiş 29 şiloperitoneum olgusuna rastlamaktayız (1, 2, 3, 4). Dolayısıyla operasyon sırasında major abdominal lenfatik kanalların hasar görmesi, tüm olgularda değişmez bir faktör olmakla birlikte şiloperitoneum oluşumunu tek başına

açıklayamamaktadır. Abdomende oldukça fazla sayıda bulunan kollateral lenfatik kanallar şilöz sıvı artımına neden olan herhangi bir durumu kompanse etmektedir. Abdominal lenfatik drenajın sürdürülmesini engelleyen daha önce geçirilmiş bir olay, örneğin boyunda duktus torasikus travması, malignite, subklaviyan ven obstrüksiyonu veya duktusun anevrizmal dilatasyonu ve endotelial hiperplastik obstrüksiyon gibi durumlara eklenen operatif injüri, şiloperitoneum oluşumunu daha kolay açıklamaktadır.

OLGU

(34 yaşında, kadın, protokol no:352852-FTM)

Beş yıldır medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan hipertansiyon öyküsü olan hastada abdominal ultrasonografik ve anjiografik olarak her iki renal arter darlığı saptandı; sol renal arte-

rin orta bölümünde % 70 darlık, sağ renal arterin orta bölümünde duplikasyon; üst pole giden dalda % 90 daralma, alt divizyonda ileri boyutta çap daralması vardı. Biyokimyasal analizler de hipertansiyonun renovasküler kaynaklı olduğunu destekledi. Hastaya 16.01.1998 tarihinde transperitoneal yaklaşımla aynı seansta bilateral aorto-renal bypass grefti uygulandı. Retroperitoneal diseksiyon ve renal arterin hazırlanması sırasında görünür lenf kanalları ligatüre edildi, dikkati çeken lenf kaçağı gözlenmedi. Postoperatif birinci günden itibaren karın dreninden başlangıçta sero-hemorajik, ikinci günden sonra süt görünümünde sıvı drene olmaya başladı. Sıvı, sütümsü, kokusuz ve steril, biyokimyasal analizde lenfore ile uyumlu, spesifik gravitesi plazmadan daha yüksek, yağ ve protein içeriği fazla, Ph 1 alkali idi. Sitolojik incelemede lenfosit hakimiyeti gözlemlendi.

Başlangıçta 700 ml/gün olan drenaj miktarı 6. gün 1900 ml/gün'e kadar arttı. Postoperatif 2. günden itibaren TPN uygulamaya başlandı. Yüksek protein, orta zincirli trigliserit ve düşük yağ içeren diyetle desteklendi. Postoperatif 12. günden itibaren drenaj azalmaya başladı. Onyedinci gün tamamen kesildi ve dren çekildi. Üçüncü haftanın bitiminde vital bulguları normal sınırlarda, sorunsuz olarak hastaneden çıkarıldı. Postoperatif birinci ve üçüncü aylarda yapılan abdominal ultrasonografik kontrolde patolojik duruma rastlanmadı.

TARTIŞMA

Abdominal aortaya yönelik cerrahi, girişimlerden sonra şiloperitoneum oldukça ender rastlanan bir komplikasyondur ve oklüziv hastalık nedeniyle opere edilenlere göre anevrizma cerrahisi uygulanan hastalarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu durum standart bir tedavi yönteminin belirlenmesini önlemekte, uygulanagelen operatif ve non-operatif yöntemlerin başarı şansı değişken olmaktadır. Olay, karın boşluğunda ya serbest şilöz sıvı birikimi ya da loküle sıvı kolleksiyonu (lenfotel) şeklinde olmaktadır. Yayınlanmış olgularda şilöz asitin ortalama postoperatif 18,4 (7-120) gün sonra semptomatik hale geldiği, tüm olgularda ilk yakınmanın abdominal distansiyon olduğu görülmektedir (5, 6).

Olgumuzda hemorajik sızıntı olasılığı için koyduğumuz dren varlığı rastlantısal olarak erken tanı koymamızı, tedaviye daha ilk günden

itibaren başlamamızı sağlamıştır.

Şilöz asit tedavisi geciktikçe laparotomi yapılmış hastada olası komplikasyonların yanı sıra nutrisyonel bozukluk, immün yetmezlik ve respiratuar disfonksiyon olmaktadır.

Postoperatif şiloperitoneum tedavisinde düşük yağ, yüksek protein ve orta zincirli trigliserid içeren modifiye diyet, TPN, diüretik kullanımı, asit sıvısının intravenöz reinfüzyonu, peritoneo-venöz şant ve nihayet cerrahi eksplorasyon-sütur ligasyon gibi birçok farklı operatif ve non-operatif tedavi yöntemi söz konusudur. Bu yöntemler tek başına veya birbirleriyle kombine olarak uygulanabilir. Konservatif yaklaşıma öncelik verilmesi, bir yandan modifiye diyet desteğinde TPN uygularken distansiyona yol açmamak üzere periyodik parasentez yapılması önerilmektedir (1, 2, 3). Bu arada sonuç için 10-146 (ortalama 63) güne gereksinim olduğu da hatırlanmaktadır (7, 8). Bu sabırlı bekleyiş, şilöz asiti 2. haftadan itibaren azalma eğilimi gösteren olgular için geçerlidir. Hiç düzelme olmayanlarda operatif yöntemlere başvurulacaktır. Peritoneo-venöz şant, bilinen çeşitli komplikasyonları nedeniyle, ancak majör cerrahi uygulanamayacak oldukça düşük durumdaki hastalarda son çare olarak önerilmektedir (9). Cerrahi eksplorasyon ve fistülün ligasyonu, genel durumu henüz iyi birçok olguda başarı ile uygulanabilir.

Sonuç olarak abdominal aort cerrahisi sonrası gelişen şiloperitoneum tedavisi için şu önerileri sıralamak mümkündür:

Şiloperitoneum oluşumunu engellemek, tedavi etmekten daha kolay olduğuna göre, operasyon sırasında gereksiz diseksiyondan kaçınmak, oluşan şilöz sızıntıyı ligasyonla sonlandırmak,

Anevrizmektomi, aorto-renal bypass gibi geniş retroperitoneal eksplorasyon gerektiren olgularda laparotomiye drenle sonlandırmak, böylece olası şiloperitoneumu daha ilk günlerde saptayabilmek,

Tedaviye derhal modifiye diyet desteğinde TPN ile başlamak, sonuç alınamayan olgularda peritoneo-venöz şant ya da cerrahi eksplorasyona başvurmak.

KAYNAKLAR

1. Halloul Z, Meyer F, Burger T, Lippert H. Chylous ascites, a rare complication of aortic surgery. Vasa 1995;24(4):377-81
2. Panieri E, Kussman BD, Michell WL, Tunnice Liffe JA, İm-

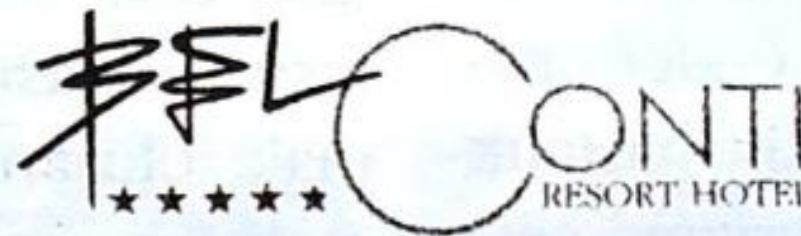
- melman EJ. Chylous ascites following abdominal aortic surgery. S Afr Surg 1995;33(1):26-8
3. Pabst TS, McIntyre KE, Schilling JD, Hunter GC, Bernhard WM. Management of chyloperitoneum after abdominal aortic surgery. Am J Surg 1993;166:194-99
4. Gaglio PJ, Leevy CB, Koneru B. Perioperative chylous ascites. J Med 1996;27(5-6):369-76
5. Sanger R, Wilmschurst CC, Clyne CAC. Chylous ascites following aneurysm surgery. Eur J Vasc Surg 1991;5:689-92
6. Bahner Jr DR, Townsend R. Chylous ascites after rupture of abdominal aortic aneurysm. Contemp Surg 1990;36:37-9
7. Lopez-Enriquez E, Gonzales A, Johnson DC, et al. Chylous horax and chyloperitoneum: a case report. Bol Assoc Med PR 1979;71:54-8
8. Ablan CJ, Iitoy FN, Freeark RJ. Postoperative chylous ascites: diagnosis and treatment. Arch Surg 1990;125:270-3
9. Lund RH, Moritz MW. Complications of Denver peritoneovenous shunting. Arch Surg 1982;117:924-8

ULUSAL VASKÜLER CERRAHİ DERNEĞİ TURKISH SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY



X. Ulusal Vasküler Cerrahi Kongresi

20 - 23 NİSAN 2000 - APRIL 20 - 23, 2000



BELEK - ANTALYA

1. DUYURU - 1st ANNOUNCEMENT

TTB TARAFINDAN STE PUANI
İLE KREDİLENDİRİLECEKTİR.



Uğur Mumcu Cad. 34/1 06700 G.O.P./Ankara
Tel: (312) 446 09 65 (6 hat)
Fax: (312) 446 09 68 • e-mail: pinto@ada.net.tr.